UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 73

FACULTÉ DE MÉDECINE

SUR UN CAS DE COMMUNICATION BRONCHO-BILIAIRE D'ORIGINE HYDATIQUE

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Juillet 1911

PAR

Jules CHAMPOMIER

Né à Vicq (Allier), le 1er octobre 1880

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { Rauzier, *Professeur*. Granel, *Professeur-adjoint*. Derrien, *Agrégé*. Leenhardt, *Agrégé*. } Assesseurs.

MONTPELLIER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1911

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 73

FACULTÉ DE MÉDECINE

SUR UN CAS DE COMMUNICATION BRONCHO-BILIAIRE D'ORIGINE HYDATIQUE

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Juillet 1911

ACAD
UNIV. GLOBAL
BIBL.

PAR

Jules CHAMPOMIER

Né à Vicq (Allier), le 1er octobre 1880

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { Rauzier, *Professeur*. Granel, *Professeur-adjoint*. Derrien, *Agrégé*. Leenhardt, *Agrégé*. } Assesseurs.

MONTPELLIER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
SARDA..... ASSESSEUR
IZARD..... SECRÉTAIRE

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✻).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (✻).
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : M. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
Secrétaire honoraire : M. H. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....	MM. VEDEL agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.....	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS PAUL.
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT ED.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN	FLEIG, chargé des fonct.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. RAUZIER, *Professeur.* — MM. DERRIEN, *Agrégé.*
GRANEL, *Professeur-adjoint.* — LEENHARDT, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Oncle Jules CROS, Pharmacien

Hommage de reconnaissance et d'affection

J. C

2

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

J. C

SUR UN CAS

DE

COMMUNICATION BRONCHO-BILIAIRE

D'ORIGINE HYDATIQUE

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous est venue d'une observation qui a été recueillie dans le service de M. le Professeur Rauzier et qui nous a paru très remarquable à plus d'un titre. Il s'agissait d'un kyste hydatique du foie, que rien d'abord ne permettait de soupçonner, et qui exerça pendant quelque temps la sagacité de notre Maître. Cette tumeur, silencieuse dans l'organe même où elle avait pris naissance, se manifestait au contraire bruyamment par les modifications qu'elle apportait au fonctionnement d'un appareil voisin : car elle avait déterminé des troubles respiratoires particulièrement intenses, et cette symptomatologie d'emprunt était éminemment propre à égarer le diagnostic En sorte qu'il ne fallut rien moins que la collaboration de la clinique et du laboratoire pour résoudre ce problème épineux. Cette affection, d'ailleurs, dont le début et les allures étonnèrent si justement, ne devait pas moins surprendre par son dénouement : elle guérit très rapidement, après une courte fistulisation broncho-hépatique.

Notre intention n'est point d'insister maintenant sur les particularités de ce cas, que nous développerons plus loin et que nous commenterons tout à loisir. Qu'il nous suffise de l'avoir annoncé comme devant faire l'objet de notre étude et le point de départ de nos conclusions.

Nous n'avons pas manqué, à ce propos, de rechercher dans la littérature médicale tous les faits qui, de près ou de loin, pouvaient se comparer au nôtre. Notre lecture fut assez étendue, comme en témoigne la bibliographie annexée à cette thèse. Mais, pour dire vrai, peu de documents nous ont paru convenir à notre dessein, et nous n'avons retenu qu'une seule observation assez typique pour être jointe à la nôtre. Ce n'est point que le nombre des fistules hépato-bronchiques soit vraiment restreint ; mais notre intention était précisément de faire un choix parmi elles. Nous avons tout d'abord écarté toutes celles qui ne se rapportaient pas à une origine hydatique. Mais parmi ces dernières elles-mêmes, nous avons cru qu'une distinction s'imposait entre les cas de *fistule* biliaire persistante et prolongée pour lesquels le terme de fistule est parfaitement justifié, et les cas d'expectoration bilieuse momentanée et promptement tarie auxquels il nous semble qu'on devrait réserver le nom de *communication*.

La *fistule* broncho-biliaire, caractérisée par un trajet permanent ouvert entre les deux organes, et se traduisant cliniquement par une expectoration continue ou intermittente, mais durable, de bile, est manifestement une lésion grave, d'une cicatrisation difficile, d'un pronostic sévère ; des complications, surtout d'ordre infectieux — broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire, pleurésie purulente — l'accompagnent habituellement ; la mort en est souvent la conséquence.

Mais un mode de terminaison plus favorable, plus rapide, consiste dans ces vomiques massives qui évacuent presque d'un seul coup le contenu intégral d'un kyste et qui s'épuisent aussitôt, après avoir provoqué pendant quelques jours de l'expectoration biliaire. Cette dernière éventualité d'un trajet aussi vite fermé qu'ouvert, simple *communication* temporaire, expose moins aux complications lointaines ; mais elle a parfois entraîné la mort immédiate.

Quoi qu'il en soit, et pour bien préciser notre pensée, un kyste hydatique du foie, qui vient à se frayer un passage dans les bronches, n'engendre pas toujours une fistule hépato-

bronchique. Si aucune suppuration ne se produit, il est rare que la communication se fistulise. Il arrive plus fréquemment qu'un processus hâtif de réparation mette fin à cette ouverture anormale et rétablisse la barrière que la nature avait placée entre les organes. Cette issue favorable n'est d'ailleurs pas nécessairement définitive ; et certains malades, après une accalmie trompeuse, ont vu l'évolution de leur kyste recommencer, interrompue de temps en temps par de nouvelles vomiques, et n'arriver à la guérison qu'après de multiples péripéties et de longues vicissitudes. Nous aurons précisément, à propos de l'observation que nous rapportons plus loin, à faire de sérieuses réserves quant au pronostic, bien que la malade paraisse actuellement guérie depuis plus d'un an, et nous exprimerons la crainte que toute menace d'un retour offensif ne soit pas certainement conjurée.

Que l'ouverture d'un kyste hydatique du foie dans les bronches ait été suivie d'une fistule persistante ou qu'elle n'ait occasionné qu'une communication transitoire, — il est remarquable que ces lésions présentent plus d'un trait commun, qu'elles reconnaissent une même étiologie, qu'elles comportent une symptomatologie semblable et qu'elles offrent au diagnostic et au pronostic des difficultés assez équivalentes. C'est pourquoi nous avons cru rationnel d'en présenter une étude d'ensemble. Auparavant nous donnerons un aperçu historique de la question. Ces deux chapitres constitueront la première partie de ce travail.

Dans une seconde partie, nous rapporterons l'histoire détaillée de notre malade, et, dans les commentaires dont nous l'accompagnerons, nous insisterons sur l'anomalie des symptômes observés, sur le début et la marche inusités de l'affection, mettant en relief autant que possible chaque point intéressant. Pour terminer, nous publierons une observation de Bricheteau qui n'est pas sans ressembler beaucoup à la nôtre et qui constitue un cas indéniable de communication bronchobiliaire d'origine hydatique. Nous ferons aussi en sorte de conclure.

LES FISTULES BRONCHO-BILIAIRES
EN GÉNÉRAL

HISTORIQUE

Bricheteau, dans son étude sur les *Abcès et les hydatides du foie qui communiquent avec le poumon et sont rejetés par l'expectoration*, rappelle qu'Hébreard signalait, dès 1811, la terminaison possible des kystes hydatiques du foie par fistule broncho-hépatique et citait deux cas de guérison consécutive à cet accident.

Cruveilhier, Bricheteau lui-même, Cadet de Gassicourt, Murchinson, Jaccoud, Duvernoy, Segond et Potherat, qui se sont occupés tout spécialement des kystes hydatiques et des abcès du foie, n'ont pas manqué sans doute de noter leur évacuation assez fréquente par les bronches, mais ils n'ont prêté qu'une attention distraite au rejet de bile concomitant.

Le premier parmi les auteurs classiques, Trousseau a indiqué la présence de la bile dans les vomiques succédant aux affections de kyste hydatique, suppuré ou non. Davaine, l'auteur du *Traité des Entozoaires*, dans seize cas de kystes ouverts dans les bronches, relève sept fois l'expectoration biliaire.

Mais la vraie fistule biliaire hépato-bronchique, seulement entrevue par ces auteurs, restait encore à décrire.

En 1854, Mandard, dans sa thèse sur les « Calculs biliaires », raconte avec quelques détails l'histoire d'un vieillard qui cracha de la bile pendant plusieurs mois et à l'autopsie duquel on constata une très apparente communication entre le poumon droit et la vésicule biliaire.

Barth et Roger, en 1874, citent, trop brièvement il est vrai, dans leur *Traité pratique d'auscultation*, le cas d'un malade à l'autopsie duquel on trouva un trajet fistuleux qui unissait les bronches aux voies biliaires.

En 1875, le professeur Laboulbène vient ajouter aux quatre classes de fistules biliaires décrites par Barth et Besnier dans le *Dictionnaire Encyclopédique* une cinquième sorte de fistule qu'il désigne sous le nom d'hépato-bronchique.

Presque au même moment, Berdinel publiait, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1876, une observation de kyste hydatique du foie terminé par une fistule hépato-bronchique.

Puis, successivement, Dreschfeld (1879), Edith (1882), Gomet (1885), Thiroloix (1888), Courvoisier, Macdonald (1890), Nermord (1891), Naunyn (1892), Vissering (1896), Graham (1897), Perrier (1900), Weiler, Eschenhagen (1902), Félix (1903), Eichler, Mayo Robson (1905), Schlessinger (1906), Klauber (1907), Bruhl et Lyon-Caen (1909) communiquèrent de nombreux cas de fistules broncho-biliaires qu'ils avaient observés dans leur pratique.

Aujourd'hui, la liste en est longue et variée, et c'est pourquoi MM. Dupont et Lyon-Caen ont pu, dans un numéro récent de la *Gazette des Hôpitaux* (4 septembre 1909), tenter la « Revue générale des fistules broncho-biliaires » et résumer en quelques pages substantielles toutes les connaissances que nous avons acquises en ce moment sur ce genre de lésions. Il ne faudra donc pas s'étonner si nous leur faisons plus d'un emprunt et si l'étude clinique, que nous allons maintenant entreprendre, s'inspire parfois de leur article.

ETUDE CLINIQUE

ETIOLOGIE

Parmi les causes déterminantes des fistules broncho-biliaires, il faut accorder la première place, sans contredit, à la *lithiase*. Pour dire la vérité, tous ne s'entendent pas sur ce point, et, dans sa thèse de 1900, Perrier n'hésite pas à placer les kystes hydatiques en tête de l'étiologie. Cependant les statistiques lui donnent tort. Courvoisier dans les 5/9e des cas qu'il a observés ; Graham 80 fois sur 100, et tout dernièrement Klauber dans plus de 60 pour 100 de ses observations, ont trouvé à leurs fistules broncho-biliaires une origine lithiasique.

Les *kystes hydatiques* du foie ne viennent donc qu'en second lieu. L'ouverture dans les bronches est généralement la conséquence de la suppuration du kyste ; mais elle s'observe aussi en l'absence de cette complication, bien qu'une pareille éventualité soit vraiment exceptionnelle.

Les *abcès du foie* peuvent encore donner naissance à la lésion qui nous occupe, et les auteurs qui ont étudié l'évolution des grands abcès dysentériques ont signalé la possibilité de leur migration sus-diaphragmatique et de leur évacuation brusque ou plus ou moins lente par les bronches. Dans les deux cas, la bile peut se mélanger au pus et être expectorée durant un laps de temps variable.

Depuis une vingtaine d'années, l'attention des auteurs a été attirée sur une cause longtemps méconnue et qui rend peut-être compte de quelques cas classiques dont l'étiologie était demeurée obscure ; nous voulons parler de la *syphilis*

hépato-pulmonaire, c'est-à-dire d'une syphilis faisant des localisations tertiaires simultanées dans le foie et dans les poumons. A la faveur de ce double processus contemporain, une perforation du diaphragme peut se produire et une communication en résulter. Delépine et Sisley en 1890, Galvagni en 1900 ont publié des cas de fistules broncho-biliaires d'origine spécifique. Macdonald guérit par le traitement antisyphilitique un individu qui présentait de l'expectoration bilieuse avec dyspnée. Enfin, Bruhl et Lyon-Caen ont rapporté, en 1909, à la Société médicale des Hôpitaux, l'histoire d'une « Gomme syphilitique du foie ayant causé une fistule broncho-biliaire ». Ces observations récentes autorisent des interprétations rétrospectives et permettent notamment de penser que dans l'exemple classique de Laboulbène la syphilis joua probablement un rôle ignoré de cet excellent observateur. Deux cas aussi de Courvoisier s'éclaireraient à la lumière de cette hypothèse.

A côté de ces causes prépondérantes que nous venons de souligner, les *contusions* et les *traumatismes* ne sont, à vrai dire, que des facteurs étiologiques rarissimes et par suite négligeables.

Symptomatologie. — Evolution. — Diagnostic

Nous allons considérer maintenant les prodromes, le début, les symptômes, l'évolution et le diagnostic des fistules broncho-biliaires.

Nous dirons tout d'abord que c'est à peine si l'on peut parler d'une symptomatologie de ces lésions, car dans toute la pathologie il n'est rien de variable, de multiforme, de décevant comme le tableau qu'elles offrent au clinicien.

Les *prodromes* existent ou n'existent pas ; ils remontent à une date ancienne, ou ils sont récents ; ils se sont manifestés constamment ou par intermittences ; ils se sont imposés à l'attention ou ils ont passé inaperçus : ils sont patho-

gnomoniques de la lésion qu'ils traduisent ou ils éveillent l'idée d'une autre maladie. Le mal profond peut rester pendant des années silencieux : dans un cas de Mayo Robson, la fistulisation broncho-biliaire n'apparut que neuf ans après un accès de colique, et rien durant ces neuf années ne trahit la sourde évolution. Pour les kystes hydatiques, le même fait s'observe : tant qu'ils ne suppurent pas, leur existence peut être méconnue du malade. Toutefois, quelque temps avant l'apparition de la fistule, des signes d'une interprétation plus ou moins facile ne manquent pas de se manifester. Voici un malade qui est pris brusquement d'un point de côté droit avec fièvre et subictère : on diagnostique une pneumonie à forme bilieuse : erreur — c'est un kyste du foie qui veut se faire jour dans le poumon. Un autre tousse, présente des hémoptysies répétées, une dyspnée intense, de l'amaigrissement ; l'examen physique semble confirmer l'impression que l'on a d'une tuberculose pulmonaire : c'est une fistule qui se prépare. D'autres fois, on s'imagine à tort avoir sous les yeux le tableau d'une pleurésie. Les cliniciens les plus expérimentés s'y sont laissés prendre et ne sont revenus de leur erreur qu'en constatant la présence de la bile dans les crachats. A plus forte raison, le diagnostic est-il impossible lorsque l'affection hépatique ou pulmonaire demeure latente jusqu'à la survenue de l'expectoration biliaire.

Celle-ci marque généralement le *début* de la fistule, dont elle est le signe caractéristique. Elle peut être très abondante, et dans ce cas le nom de *vomique* biliaire lui convient davantage. Plus fréquemment, la bile est mélangée en petite proportion aux crachats, auxquels elle confère une apparence particulière. Rare ou copieuse, elle se révèle au malade et au médecin par des caractères absolument typiques ;

1° Les crachats rejetés ont un goût d'une amertume insupportable et provoquent une irritation pharyngée qui entretient la toux ;

2° Ils sont teintés en jaune ocre, en jaune-vert, en vert, et cette coloration présente ceci de spécial d'être uniformément répandue dans toutes leurs parties ;

3° De temps en temps, la bile est évacuée pure et en grande quantité, d'où résulte un soulagement très marqué pour le malade ;

4° La preuve scientifique est faite par le microscope et par l'analyse chimique (méthodes de Gmelin, de Kühne, de Grinbert, procédé de Pettenkoffer).

A côté de ces signes pathognomoniques, il en existe d'autres moins constants : l'ictère, la décoloration des selles, la pigmentation biliaire des urines. Les phénomènes gastro-intestinaux tels que nausées, vomissements, diarrhée, sont encore plus rares.

Mais l'état général est sérieusement atteint : les malades présentent un amaigrissement et une cachexie progressifs. Ce dépérissement s'explique par les nausées et les vomissements qui empêchent l'alimentation, par la déperdition incessante de bile qui nuit gravement à la digestion, par l'insuffisance hépatique qui survient à la longue à titre de complication.

A l'*examen*, tantôt on note de la tuméfaction totale ou partielle du foie, tantôt cet organe semble de volume normal. La pression n'est pas toujours douloureuse. Les vibrations sont ordinairement abolies. A la percussion, matité inconstante de la base du poumon droit.

A l'*auscultation*, il y a rarement une abolition complète du murmure vésiculaire. Plus souvent, on perçoit dans les deux tiers inférieurs du poumon droit des râles muqueux et cavernuleux ; ils éclatent très nombreux à l'oreille et s'atténuent ou disparaissent après une expectoration copieuse. On a noté aussi des frottement pleuraux et un souffle amphorique sur lequel ont insisté Barth et Roger, parce qu'il traduit pour eux l'existence de la fistule. Enfin, le passage de la bile ayant pour effet d'irriter les bronches, il existera souvent de la bronchite concomitante dont on entendra les bruits spéciaux.

La fistule une fois installée, quelle est son *évolution* ?

L'expectoration bilieuse se poursuit avec une abondance variable : elle oscille entre 300 et 700 grammes par vingt-quatre heures. Tantôt continue, tantôt intermittente, elle dure

plus ou moins selon les cas et aboutit soit à une guérison rapide ou lente, soit à la mort. Quand la lésion est causée par un kyste hydatique, l'issue en est presque toujours favorable. L'efficacité du traitement médical n'est pas démontrée, hormis dans le cas de syphilis. Mais certaines interventions chirurgicales ont été suivies de succès remarquables.

Fera-t-on aisément le *diagnostic* d'une fistule broncho-biliaire ?

Cela dépend. Certaines confusions peuvent se produire. Un malade rejette une grande quantité de bile plus ou moins mélangée de pus. Y a-t-il vomique ? Y a-t-il vomissement ? Si les deux coexistent, — ce qui n'est pas une rareté, car une vomique biliaire ne manque pour ainsi dire jamais d'irriter le pharynx et de déterminer des vomissements réflexes, — la question est très embarrassante à résoudre.

Quant à la présence même de la bile, un examen superficiel est parfois impuissant à l'établir. Les crachats bilieux ont été pris dans certains cas pour ceux de la pneumonie Lorsque, d'autre part, la fistule a débuté brusquement par un point de côté, de la fièvre, de la dyspnée, — le diagnostic a pu errer complètement. Dans d'autres cas, c'est l'hémoptysie qui a retenu toute l'attention et qui a égaré le clinicien.

La constatation même de la bile dans les crachats n'a point suffi à convaincre Schultze de la réalité d'une fistule, et cet auteur a proposé une explication ingénieuse, mais difficile à discuter : d'après lui, l'hématoïdine des crachats hémoptoïques pourrait peut-être se transformer sur place en bilirubine (théorie de la biligénie hémolytique intraalvéolaire).

Quoi qu'il en soit, il est des exemples péremptoires de diagnostic erroné. En voici deux, puisés au hasard de nos lectures.

Observation Première

(résumée)

Girode. Société anatomique. 21 janvier 1887

« M. Girode présente les pieces d'une malade morte au » moment où elle était arrivée à une cachexie très avancée. » On avait diagnostiqué chez elle une pleurésie purulente » et de la tuberculose pulmonaire. On lui fit subir l'empyème » et l'on examina longtemps ses crachats, mais vainement, au » point de vue du bacille tuberculeux. Elle mourut, et l'au- » topsie montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique suppuré » ouvert dans les voies respiratoires. Le kyste siégeait à la » partie postéro-supérieure du foie. »

Potherat (thèse Paris 1889), commentant cette observation, remarque que le liquide trouvé dans le kyste contenait beaucoup de crochets, et il ajoute : « Nul doute que si l'on eût » fait la recherche de ces crochets, soit dans les matières » rejetées, soit dans les crachats, on ne les eût trouvés. Mais » on était sous l'impression de l'idée de tuberculose, et on » ne rechercha que les bacilles tuberculeux ». Il faut reconnaître qu'il a raison théoriquement ; mais comment ne pas redire avec le poète :

La critique est aisée, et l'art est difficile.

Le kyste était peut-être d'un diagnostic facile ; mais, comme toujours, il fallait y penser.

Observation II

(résumée)

Ballet. Société anatomique. 1888.

« Le cas de M. Ballet est plus intéressant encore ; sa malade » eut des vomiques purulentes. Elle avait les signes d'un » épanchement pleural d'une part, des phénomènes pulmo- » naires d'autre part.

» On porta le diagnostic : pleurésie purulente et pneumonie » caséeuse. L'autopsie révéla deux kystes suppurés de la » face convexe du foie. »

Au fond, pour quiconque sait de quelle manière variée et parfois déconcertante le développement thoracique des tumeurs hydatiques du foie se manifeste à nous, il n'y a rien dans les faits que nous venons de citer qui soit de nature à le surprendre.

Du reste, la propre observation, que nous avons maintenant dessein de présenter et d'étudier, servira de preuve que le diagnostic est sujet à mille incertitudes, et qu'on n'a jamais trouvé qu'un moyen de ne pas se tromper, c'est de ne pas se prononcer. En ce sens, le médecin le plus infaillible est celui qui ne pose jamais de diagnostic. Est-ce le plus fort ?

COMMUNICATIONS BRONCHO-BILIAIRES

Nous avons, au début de ce travail, insisté sur la nécessité de ne pas confondre sous le même mot les trajets permanents ou transitoires qui peuvent s'établir entre les canaux biliaires et les bronches, et nous avons proposé de réserver le nom de fistules à ces lésions durables dont la gravité est précisément fonction de la durée. Cette distinction n'est point factice mais se fonde sur l'observation même des faits. Lorsqu'un kyste hydatique s'ouvre sans avoir suppuré, il est exceptionnel que la communication se fistulise. Chez notre malade, qui avait évacué son kyste sous la forme d'un liquide « clair comme de l'eau », l'orifice broncho-hépatique dut s'oblitérer au bout d'une semaine. A dire vrai, cette terminaison rapide n'est pas fréquente dans la littérature médicale. Elle s'observe pourtant. Dans l'observation d'Husson (*Archives générales de méd.*, 1824, p. 139), tout s'est borné à peu près à l'expectoration des hydatides qui dura quelques jours. A peine y avait-il eu auparavant des signes de catarrhe. Et après avoir rejeté ses hydatiques, le sujet jouit aussitôt d'une excellente santé. Cruveilhier (*Bull. de la Soc. Anat.*, 1845, p. 40), à propos d'une présentation de kyste hydatique du foie traversant le diaphragme et comprimant le poumon droit, qui ne présenta rien de bien particulier, cite l'histoire d'un individu qui était affecté d'un kyste hydatique du foie ; le kyste se vida par la bouche et l'individu survécut. Malheureusement l'histoire n'est pas racontée plus longuement. Nonat (*Gazette des Hôpitaux*, 1847) eut dans son service, à Cochin, un homme de 25 ans qui toussait beaucoup, crachait

du sang et finalement rendit dans un accès des fragments d'hydatides et une poche rompue, mais très volumineuse ; la guérison survint rapidement. — Nonat fut convaincu que les hydatides venaient du foie. — Nous ne pourrions pas multiplier les exemples de ce genre, car ils sont vraiment rares. A peine en avons-nous trouvé deux autres, l'un dans Davaine qui d'ailleurs l'emprunta à Smith, et le second chez Haberston. Nous devons y ajouter bien entendu l'observation de Bricheteau, que nous publierons à la fin de cette thèse, et la nôtre, que nous allons maintenant reproduire. Avant de la transcrire, nous tenons à déclarer qu'elle a été entièrement rédigée par M. le docteur Roger, chef de clinique médicale, avec quel soin et quelle minutieuse précision, on en jugera à la lecture. Elle fit d'autre part l'objet d'une leçon, jusqu'à ce jour inédite, de M. le professeur Rauzier et d'une communication à la Société des Sciences médicales de Montpellier (séance du 15 avril 1910). Elle parut enfin dans le *Montpellier Médical* (numéro du 3 juillet 1910). La voici :

Kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches
Fistule broncho-biliaire. Etapes du diagnostic

Mor... Lucie, domestique, âgée de 20 ans, entre le 1er mars 1910 dans le service du professeur Rauzier (salle Espéronnier, n°9) par des *troubles respiratoires particulièrement intenses*.

Elle se plaint d'un *point de côté gauche*, qui l'empêche de se coucher sur ce côté ; elle tousse et crache. Elle a assez bon appétit, est constipée ; elle a souffert d'une légère céphalée ; elle n'a pas eu d'épistaxis.

Le début paraît s'être fait d'une façon assez brusque : il y a trois jours, à 10 heures du matin, la malade s'est mise à tousser, a éprouvé aussitôt une sensation d'amertume dans la bouche et a vomi (?) pendant 10 minutes, avec efforts, près d'un quart de litre de liquide « clair comme de l'eau », avec quelques « glaires ». Il n'y avait pas d'aliments dans ce liqui-

de : il est vrai que la malade n'avait absorbé qu'un peu de café au lait à 8 h. 30, sans pain. Depuis lors la malade n'a jamais plus vomi. Presque aussitôt après, s'est *installé un point de côté droit violent*, qui a obligé la malade à s'aliter. Dès lors, elle a craché et elle a remarqué une teinte légèrement verdâtre de ses crachats. Le point de côté gauche ne date que de la veille de son entrée.

Avant ce début aigu, prend place une série de troubles respiratoires, datant de plus de deux mois (commencement de janvier). A cette époque la jeune fille qui avait été jusque-là, nous dit-elle, toujours bien portante, commence à tousser et à *cracher un peu de sang pur*. Cette hémoptysie survient au moment de ses règles ; aussi son médecin traitant, en l'absence des signes pulmonaires, tant à la base qu'au sommet, la considère-t-il comme supplémentaire. L'hémoptysie, quoique peu abondante, se renouvelle ; malgré l'absence de signes physiques nets la malade est considérée comme bacillaire, mise au repos, à la suralimentation pendant un mois. Au bout de ce temps, elle a augmenté de 2 kilogs (53 kilogs) : elle a bon appétit, ne vomit pas, digère bien, n'a de douleurs d'aucune sorte, tant dans la région thoracique qu'au niveau du foie ; elle n'a plus d'hemoptysie ; elle reprend son travail. *Fin février, nouvelle hémoptysie*, quelques jours avant le début des accidents actuels.

Parmi les *antécédents héréditaires*, nous ne relevons rien d'important : il n'y a ni frère ni sœur ; la mère est morte d'une maladie de cœur.

A l'examen le 2 mars, on est frappé, d'une part, par la *dyspnée* de la malade (40 respirations par minute), d'autre part, par son *teint spécial* (cheveux vénitiens, taches de rousseur nombreuses sur le visage, facies amabilis, complexion grêle). En outre, son crachoir attire notre attention : *quelques crachats muqueux nagent au milieu d'un liquide jaune ressemblant à de la bile*, si bien que nous nous demandons si la malade n'a pas vomi un peu de bile dans son crachoir.

L'examen du thorax décèle des signes disséminés des deux côtés mais prédominant à droite.

Poumon avant : à droite, au sommet, skodisme°; à la base, matité remontant jusqu'au mamelon, obscurité respiratoire et frottements pleuraux jusqu'au tiers moyen ; à gauche, quelques frottements, râles.

Poumon arrière : à droite, au sommet, respiration soufflante avec un timbre légèrement métallique ; à la base, matité moins étendue qu'en avant, respiration perçue jusqu'en bas, frottements et râles ; à gauche, à la base, submatité quelques frottements et quelques râles dans la région axillaire.

Température : 38°6 matin, 38°8 soir. Pouls : 120. Tension artérielle au Potain), 14.

Il s'agit donc d'une infection, portant à la fois sur les poumons, les bronches et la plèvre et prédominant à droite. En raison du faciès de la malade, de la dyspnée intense, des hémoptysies antérieures, on suspecte la *bacillose aiguë*. On demande un examen bactériologique des crachats.

On prescrit 3 cg de tartre stibié.

Le 3 mars, la malade présente une *éruption en placards*, siégeant au niveau de la partie antérieure du thorax, sur le front, les avant-bras, la cuisse gauche. Cette *éruption*, qui est nettement *urticarienne* au niveau de la cuisse et de l'avant-bras gauche, est moins caractéristique, simplement érythémateuse, en d'autres points ; elle est légèrement prurigineuse. La malade n'a absorbé aucun médicament susceptible d'expliquer une pareille éruption.

Température : 38°4, 39°. Pouls : 110 à 120.

La dyspnée est moindre (28 respirations par minute).

Les signes d'auscultation sont à peu près les mêmes que la veille, mais plus limitée au côté droit ; à la base, en plus des frottements pleuraux, on perçoit un souffle, tant en avant qu'en arrière, souffle doux, révélé par la toux, sans égophonie ni pectoriloquie.

En faisant asseoir la malade, elle rend devant nous quelques crachats, constitués par un peu de mucus et du liquide vert. Il s'agit nettement d'expectoration verdâtre et non

de liquide vomi. Ces crachats laissent un certain goût d'amertume. On discute sur cette coloration spéciale : faut-il l'attribuer à des microbes chromogènes spéciaux ? ne s'agit-il pas de bile vraie ? et dans ce cas, la malade ne serait-elle pas porteuse d'une fistule broncho-biliaire ? L'examen du foie pratiqué aussitôt montre qu'il n'est guère douloureux à la pression, qu'il ne déborde pas les fausses côtes, mais sa matité relative est nettement accrue et mesure 18 cm 5 de hauteur sur la ligne mamelonnaire.

Les crachats, peu abondants, sont examinés au point de vue bactériologique : ils ne contiennent *pas de bacilles de Koch*, mais quelques pneumocoques. Au point de vue chimique ils donnent une albumino-réaction nettement positive. M. Derrien nous indique qu'ils donnent d'une façon légère, mais nette, les réactions de la *bilirubine* (réaction de Hayem et réaction de Grimbert).

L'*examen du sang* établit la formule suivante : globules blancs : 12.000.

Polynucléaires	89 , %
Mononucléaires.	6,4 %
Eosinophiles	4,7 %

Globules rouges normaux : pas de poikilocytose.

Examen des urines : quantité, 300 ; densité, 1023 ; réaction acide ; urée, 28,6 par litre ; chlorures, 2,80 ; pas d'albumine ; pas de sucre ; pas d'excès d'urobiline.

On porte le *diagnostic de fistule bronchobiliaire, probablement due à un kyste hydatique du foie.*

6*mars :* la dyspnée a à peu près complètement disparu. La malade se sent bien, voudrait se lever. La température est descendue le matin à 37°5, mais elle remonte le soir à 39°5. La toux est plus rare, ne survient que quand la malade s'assied. Il n'y a plus de crachats.

Signes thoraciques. — A droite ; en avant, matité remontant jusqu'au mamelon, mesurant 17 centimètres, obscurité

et gros frottements ; en arrière, submatité au tiers inférieur, obscurité respiratoire et frottement à la base et dans l'aisselle.

Analyse d'urines. — Quantité, 1250 ; densité, 1018 ; réaction acide, urée, 19,8 par litre ; chlorures, 5,40 ; pas de sucre ; traces d'albumine ; léger excès d'urobiline.

8 *mars* : température, 38°5 ; 39°7. Pouls, 100. On prélève par ventouse scarifiée du sang qui est adressé à M. Weinberg, pour la séro-réaction du kyste hydatique. Pendant cette application, la malade se met à cracher. Les crachats ne présentent plus de teinte jaunâtre : ils ne renferment pas de bacilles de Koch. Examinés par M. Derrien, on ne peut y caractériser ni pigments biliaires, ni acides biliaires, décelables par les réactions habituelles. L'examen microscopique y révèle du pus et du sang, pas de cristaux. Le culot de centrifugation, après traitement à la potasse, renferme des crochets typiques de *tænia echinococcus*. Teneur en NaCl des crachats : 0,8 %.

10 *mars* : température : 38°2, 39°1. Les crachats sont peu abondants : pour la première fois, un ou deux présentent l'aspect purulent. Examen microscopique : pas de bacille de Koch, pneumocoque ; polynucléaires plus ou moins dégénérés, et globules de pus ; crochets d'échinocoque. Nous recevons la réponse de M. Weinberg : *séro-réaction positive.*

11 *mars* : température 38°2 et 38°5. Pouls, 100. La malade tousse et crache davantage. Les crachats sont nettement purulents et fétides, nageant dans un liquide légèrement jaune. En s'asseyant, la malade a, devant nous, une quinte de toux qui dure de 7 à 8 minutes et qui s'accompagne d'une toute petite vomique de crachats verdâtres fétides. Cette coloration est sans doute actuellement due à des bactéries chromogènes ; car ces crachats ne présentent pas du tout les réactions des pigments biliaires. Pas de bacilles de Koch.

Examen du thorax : mensuration : 36 à droite, 33 à gauche.

A droite : *En avant*, au sommet : submatité à la percussion de la clavicule et de la fosse sous-claviculaire ; respira-

tion rude et frottements sur toute la hauteur, surtout à la base et au tiers moyen.

En arrière : submatité sur toute la hauteur. Sous-crépitants volumineux et frottements, surtout à la base. Souffle à la partie moyenne.

La malade est montrée à M. le professeur Forgue, et l'on parle devant elle de la possibilité d'une intervention chirurgicale ultérieure. .

16 *mars :* l'état est toujours assez inquiétant : fièvre s'élevant jusqu'à 39° ; dyspnée ; quintes de toux violentes avec cyanose, dès que la malade veut s'asseoir ; expectoration purulente, abondante remplissant le crachoir.

Même abondance de la matité hépatique, mêmes signes physiques thoraciques.

La malade, après des hésitations, est décidée à se faire opérer. Elle nous raconte alors un fait qu'elle nous avait totalement caché jusqu'ici : *il y a quatre ans, elle a souffert d'une légère douleur au creux épigastrique et dans l'hypocondre droit.* La région épigastrique était occupée par une petite tumeur, que la malade sentait nettement avec sa main et qui suivait les mouvements respiratoires. A cette époque, il n'y avait ni toux ni expectoration, ni troubles digestifs, ni urticaire. Un an après le début de cette tumeur, le docteur Jalaguier (de Sommières) porta le diagnostic de kyste hydatique du foie et adressa la patiente à un chirurgien. Mais son conseil ne fut pas suivi. D'ailleurs, il y a deux ans la petite tumeur aurait disparu, sans qu'il y ait eu le tableau ni d'une vomique, ni d'une rupture dans l'intestin. Depuis lors, cette tumeur n'a plus reparu.

22 *mars :* M. le professeur Forgue voit la malade et conseille, avant de tenter une intervention chirurgicale des *inhalations d'acide thymique*, 0,30 ; *essence de térébenthine*, 5 *gr. ; teinture d'eucalyptus*, 20 (une cuillerée à café dans un verre d'eau chaude). On y ajoute des *lavements de phosphotal.*

28 *mars :* la fièvre a presque complètement disparu ; l'ex-

pectoration est beaucoup moins abondante ; à peine quelques crachats purulents. La malade n'a plus de quintes de toux en s'asseyant dans son lit.

Signes physiques. — En avant : submatité au sommet droit et frottements sur toute la hauteur. En arrière : à droite, au tiers moyen, souffle amphorique et râles ; obscurité respiratoire sur toute la hauteur.

4 *avril :* depuis deux à trois jours, la malade se lève et se trouve très bien. Elle ne crache presque plus ; les crachats présentent deux aspects différents : les uns sont nettement purulents ; les autres sont de couleur chocolat, présentant la teinte du pus hépatique.

A la radioscopie : on aperçoit très nettement à la base du thorax une ombre volumineuse, se continuant en bas avec l'ombre hépatique et s'élevant en haut jusqu'à la hauteur de l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'ombre cardiaque ; sa limite supérieure a un contour arrondi. Cette ombre se déplace avec les mouvements respiratoires. Il est difficile d'établir si cette ombre est sous-diaphragmatique, produite par une volumineuse tumeur hépatique refoulant le diaphragme, ou sus-diaphragmatique, produite par une poche pleurale secondaire.

12 *avril :* la malade, toujours apyrétique et en très bon état général, a *une légère hémoptysie, sans dyspnée, ni douleur.*

14 *avril :* il y a encore un peu de sang dans les crachats. En l'absence de tout symptôme respiratoire et en raison des signes physiques minimes (absence de matité, simple obscurité respiratoire avec frottements à la base droite), on se demande si cette hémoptysie n'est pas due au saignotement de bourgeons charnus, tendant à combler la cavité du kyste en voie de cicatrisation.

Telle est l'histoire de notre malade qui nous quitta peu après. Nous l'avions perdue de vue, lorsqu'en juin 1911 nous pûmes retrouver sa trace et avoir de ses nouvelles. A sa sor-

tie de l'hôpital, elle continua pendant quelque temps à tousser et à cracher du sang à l'occasion du moindre effort. Elle expectora même « de la couleur d'orange » (*sic*). Peu à peu tout s'amenda et elle en vint à ne plus tousser et à ne plus cracher. Mais elle éprouve de loin en loin de la douleur au creux épigastrique et elle s'essouffle lorsqu'elle monte un escalier.

Est-elle définitivement guérie ?

Nous n'oserions l'affirmer. Graham communiquait en 1897 à la Société de Médecine Américaine l'observation d'un malade qui nous a donné beaucoup à réfléchir. Il s'agissait d'un homme qui fut pris, à 27 ans, dans la région du foie, d'un point douloureux qui s'irradiait dans le dos, sans ictère. Il se remit complètement au bout de six semaines. Trois ans après, il présenta brusquement de la toux, de la douleur à l'hypochondre droit, des nausées et des vomissements jaune-verdâtre. Quelques jours après, il cracha de la bile ; cela dura deux semaines environ, puis tout rentra dans l'ordre. Quatre mois après, une promenade en voiture ramena un peu d'expectoration bilieuse mais qui n'eut pas de lendemain. Suivirent dix ans de bonne santé, après lesquels un ictère s'installa ainsi qu'un point de côté dans la région de la vésicule biliaire : en même temps notre homme crachait de la bile. Au bout de quinze jours, nouvelle guérison apparente. Il eut ensuite une crise de rhumatisme et se reprit par moments à cracher de la bile. A partir de cette époque, l'ictère se mit à alterner avec l'expectoration bilieuse : quand les crachats cessaient, la peau devenait jaune. Cependant la santé du malade déclinait, si bien qu'on lui proposa et qu'il accepta une opération. Une cholécysto-entérostomie fut pratiquée, sans résultat d'ailleurs, puisque le malade succomba vingt jours après.

Une leçon se dégage de ce récit : c'est qu'il faut se défendre des pronostics téméraires et précipités. A la question que nous nous posions de savoir si notre malade est à l'abri de tout retour offensif, nous sommes obligé de répondre que nous n'en savons rien.

D'autres points de notre observation nous paraissent dignes de remarque. D'abord, faut-il être surpris que notre malade ait présenté des hémoptysies ?

Trousseau faisait de l'hémoptysie pour ainsi dire un signe spécial aux kystes hydatiques du poumon, la tuberculose mise à part bien entendu. Davaine et Hearn partageaient cette façon de voir. Delgrange (thèse Paris 1851) écrivait : « L'hémoptysie a été très rarement signalée dans l'acéphalocyste » du foie ». Duvernoy (thèse Paris 1879) déclarait : « Un » signe très important, c'est la rareté des hémoptysies dans » les kystes du foie évacués par les bronches opposée à la » fréquence de ces hémorragies dans les kystes du poumon ». Cayet (thèse Paris 1888) est revenu à la charge : « La pré» sence du sang a rarement été signalée et l'absence d'hé» moptysies pendant la formation et le cours des fistules » hépato-bronchiques tranche avec la fréquence de celles-ci » dans les cas de vomiques purulentes pulmonaires ». Perrier (thèse Lyon 1900) a exprimé la même idée à peu près dans les mêmes termes.

Il semble bien, d'après tous ces témoignages, que notre cas ait offert sur ce point une particularité qui méritait d'être soulignée. Sans doute, dans un cas de Frerichs, la fistule débuta par une hémoptysie. Dreschfeld (*The Lancet*, 1879) raconte aussi l'histoire d'un malade qui cracha un peu de sang avant d'expectorer de la bile. Thiroloix (*Soc. clinique*, 1888), Graham (*Brit. med. Journal*, 1897), Perrier (thèse 1900), Bruhl et Lyon-Caen (*Soc. méd. des hôpit.*, 1909) signalent également des hémoptysies dans leurs observations. Mais il convient d'ajouter que dans aucune de ces circonstances l'échinocoque n'était en jeu. Pourtant, dans un cas cité par Rendu (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 482, 1874), d'un kyste hydatique communiquant avec le duodénum et s'étant fait jour par les poumons, le malade succomba à une hémoptysie foudroyante.

Mais nous avons d'autres caractères à mettre en relief dans notre observation. On a pu remarquer qu'après des hésitations amplement justifiées, un triple diagnostic fut porté

sur la *lésion* (fistule broncho-biliaire), sur la *cause* (kyste hydatique) et sur le *lieu* (face antéro-supérieure du foie). Au début, en l'absence de tout anamnestique, il était naturel de penser à la granulie : la tachypnée, les hémoptysies, l'amaigrissement, le facies du sujet inclinaient à cette façon de voir. La constatation de la bile dans les crachats fut un trait de lumière. Deux faits seulement pouvaient en rendre compte : ou bien une communication mettant en rapport les voies biliaires et les bronches, — ou bien une biligénie hémolytique intrapulmonaire (théorie de Schultze). Il n'eût convenu de s'arrêter à cette dernière hypothèse qu'en désespoir de cause et si aucune autre explication plus simple ou cadrant mieux avec les faits ne se fût offerte à notre esprit. A la vérité, si notre femme avait présenté de l'ictère, il y aurait eu encore à discuter la possibilité de l'élimination par les crachats des pigments biliaires retenus dans le sang (cholémie). Mais, en la circonstance, la question ne se posait même pas. A ce moment, la fistule était vraisemblable : par la suite, elle devint certaine. Une éruption d'urticaire et un examen du sang qui aboutit à la constatation d'une éosinophilie manifeste, en même temps qu'ils attestaient la nature hydatique de la maladie, fortifièrent l'idée qu'un kyste du foie avait pu se rompre dans les voies respiratoires. Enfin, le diagnostic fut confirmé par les recherches de laboratoire : présence de crochets d'échinocoques dans les crachats, séro-fixation de Weinberg positive. Quant à la situation du kyste, elle pouvait se déduire avec assez d'exactitude de la prédominance antérieure des signes stéthoscopiques.

Là ne se borne pas encore, selon nous, l'intérêt du cas. Vous vous rappelez en effet les aveux tardifs de la malade et que, quatre ans avant d'entrer à l'hôpital, elle avait présenté au niveau de l'épigastre une petite tumeur qu'un médecin reconnut pour être un kyste hydatique du foie. On peut se demander ce qu'il advint de ce kyste, qui s'évanouit mystérieusement. Faut-il admettre une rupture silencieuse dans l'intestin, ce qui n'est pas contraire à l'expérience ? Faut-il

supposer une migration sus-hépatique de cette tumeur qui primitivement semble avoir été située à la partie inférieure du foie ? En l'absence de toute donnée précise, nous ne pouvons faire à ce sujet que des suppositions. Incertain du passé, nous ne garantirions pas davantage l'avenir, et nous ne nous hasarderions pas à assurer que notre malade n'a point conservé quelques échinocoques dans son foie.

Enfin, il est une dernière réflexion que nous désirons faire : il ne faut pas se hâter d'intervenir chirurgicalement lorsqu'on a constaté l'existence d'une communication broncho-hépatique. L'opération, quelle qu'elle soit, est toujours dangereuse et elle est souvent inutile. Cette double considération nous fait juger préférable de garder l'expectative. Aussi bien, nous rappelons que la guérison spontanée arrive fréquemment lorsqu'il s'agit de kystes hydatiques. Il sera rationnel de seconder l'effort de la nature par des inhalations antiseptiques ou par l'usage interne des balsamiques. Le plus souvent, le traitement médical suffira. M. le professeur Forgue, qui sut temporiser pour notre malade, se trouva bien, dans une autre circonstance, de cette attitude expectante. Il s'agissait d'une jeune fille de Cette qu'il suivit pendant longtemps pour un kyste hydatique ouvert dans les bronches et qui se rétablit complètement sans intervention chirurgicale. Ces exemples et quelques autres, qu'il serait trop long de citer, prouvent qu'il est indiqué d'attendre et de patienter, même lorsque les malades ne laissent pas que de nous alarmer par leur aspect.

Nous terminerons l'analyse de notre cas sur ces indications thérapeutiques. Voici maintenant une autre observation de communication broncho-biliaire indéniable.

Kyste hydatique du foie ouvert dans le poumon droit . expuition d'hydatides ; guérison

par M. Bricheteau, *Rev. méd. chir. de Paris*, t. XII, p. 70

Etienne (Adolphine), âgée de 32 ans, lingère, sujette depuis son enfance à des douleurs qu'elle rapportait à la région du foie et à quelques métrorragies, eut, le 1er juin 1851, des vomissements bilieux accompagnés de *dyspnée*, de *crachats jaunâtres*, d'anorexie et de *faiblesse générale*. Elle avait, en outre, quelques signes de chlorose, tels que des palpitations, du souffle cardiaque, de l'essoufflement, et se trouvait d'ailleurs enceinte de quatre mois et demi.

Le 2, elle entre à l'hôpital Necker (service de M. Guillot) dans l'état suivant : souffle et frottement pleural au côté droit, matité dans les deux tiers inférieurs de ce côté, égophonie, bruit de souffle au cœur et dans les carotides, inappétence, digestion difficile, constipation, figure pâle et décolorée ; foie volumineux, et dont le prolongement, ainsi qu'une tumeur qui lui est adhérente, s'étend jusqu'au bord antérieur du bassin et rend un son très mat à la percussion, qui est fort douloureuse. Les crachats que la malade expectore contiennent une matière jaune, *de saveur âcre et amère*, et qui, au microscope, ne présente ni granulations, ni trace d'organisation.

Le 10, quoique l'épanchement ait diminué et que l'égophonie ait disparu, la dyspnée continue ainsi que la toux ; la matière de l'expectoration est toujours considérable, jaune et filante (tisane de houblon, mixture opiacée, vin de Bordeaux).

Cette matière, *traitée par l'acide nitrique, prend une couleur vert-de-gris*.

Le 13, en auscultant la malade, on est frappé de l'étendue insolite du bruit respiratoire, et on constate un bruit amphorique ou vibratoire en arrière dans la région lombaire ou thoraco-abdominale et dans tout le poumon droit ; l'on ob-

serve en même temps, dans le crachoir de la malade, *de petits kystes membraneux de la capacité d'un œuf de pigeon*, nageant dans une expectoration bilieuse jaunâtre : c'étaient vraisemblablement des *hydatides*.

Le lendemain 14, on constate très bien la respiration amphorique, dont nous venons de parler, dans la région du foie.

Le 15, la malade a plusieurs redoublements de dyspnée, des vomissements bilieux. Nous examinons de nouveau la malade, M. Guillot et moi, et nous constatons, pour la troisième fois, le souffle amphorique dans le poumon droit et une pectoriloquie très marquée dans la région hépatique en avant et en arrière.

Les jours suivants, jusqu'au 21, l'état de la malade s'améliore ; l'expectoration est moins considérable ; les vomissements cessent ; on donne quelques aliments qui sont bien supportés ; il y a un peu de sommeil.

Le 25, les crachats deviennent aérés, perdent leur couleur jaune et disparaissent entièrement.

Le 26, la malade reprend ses forces, sa gaieté, son appétit ordinaire et ne tarde pas à sortir de l'hôpital. Nous l'avons auscultée avant son départ et nous n'avons plus trouvé qu'un peu de respiration rude en haut et à droite et de bronchophonie confuse, mais aucune trace de la respiration amphorique dont il a été question plus haut. Le ventre est toujours douloureux à la pression, et la présence de l'utérus, qui renferme un fœtus de 4 à 5 mois, rend difficile l'examen des viscères abdominaux, et empêche d'apprécier rigoureusement la diminution survenue dans le volume du foie.

CONCLUSIONS

Parvenu au terme de cette étude, nous devons résumer brièvement les conclusions qui en découlent :

1° Les kystes hydatiques du foie, lorsqu'ils émigrent vers le thorax, s'ouvrent un fréquent passage à travers les bronches ;

2° Cette éventualité n'est le plus souvent annoncée au clinicien que par des signes d'une interprétation très délicate ;

3° Lorsqu'elle survient, il en résulte soit un trajet persistant, soit une communication passagère, par où, dans les deux cas, la bile peut être expectorée ;

4° Le mot de *fistule* doit être réservé aux seules lésions permanentes. Il convient d'appeler *communication* les trajets de courte durée ;

5° Cette distinction se fonde sur un ensemble de caractères précis. Les communications présentent une moindre persistance, se compliquent plus rarement d'accidents infectieux, paraissent moins rebelles au traitement, autorisent un pronostic plus favorable.

D'où la nécessité, selon nous, de ne pas confondre dans les mots ce qui diffère dans les faits.

BIBLIOGRAPHIE

Bricheteau. — Revue médico-chirurgicale, 1852, p. 65.

Mandard. — Thèse Paris, 1854.

Cadet de Gassicourt. — Thèse Paris, 1856.

Dolbeau. — Thèse Paris, 1856.

Schultze. — *Virchows Arch.*, 1874.

Barth et Roger. — Traité pratique d'auscultation, 1874.

Laboulbène. — Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1875, p. 173.

— Union méd., Paris, 1875.

Berdinel. — Gaz. hebd., 1876, p. 646.

Davaine. — Traité des Entozoaires, 2e édition, 1877.

Jaccoud. — Traité de path. int., t. II, 1877.

Murchinson. — Leçons cliniques sur les maladies de foie, 1878, p. 511.

Delgrange. — Thèse Paris, 1879.

Dreschfeld. — *The Lancet*, 1879.

Duvernoy. — Thèse Paris, 1879.

Cayet. — Journ. des Sc. méd. de Lille, 1881, p. 581.

Edith. — *Boston med. and surg. Journ.*, 1882.

Faille. — Thèse Paris, 1884.

Reymondon. — Thèse Paris, 1884.

Graham. — *Trans. of the assoc. of amer. phys.*, 1886.

Brossier. — Thèse Paris, 1888.

Cayet. — Thèse Paris, 1888.

Morvan. — Thèse Bordeaux, 1888.

Thiroloix. — France médic., 1888.

Potherat. — Thèse Paris, 1889.

Delépine-Sisley. — Sem. méd., 1890, p. 415.

Macdonald. — *The Lancet*, 1890, II, p. 973.

Courvoisier. — *Beiträge z. Pathol. and Chir. der Gallen*. Leipzig, 1890.

Nermord. — Thèse Paris, 1871.
Naunyn. — *Klinik der Cholelithiases.* Leipzig, 1892.
Vissering. — *Münch. med. Wochens.*, 1896, p. 567.
Rendu. — Sem. méd., 1896, n° 62.
Graham. — *Brit. med. Journ.*, 1897, I, p. 1397.
Dieulafoy. — Clin. méd., 1898-1899, p. 96.
Perrier. — Thèse Lyon, 1900.
Galvagni. — *Clin. med. Firenze*, 1900.
Weiler. — *Wien. Klin. Wochens.*, 1902
Eschenhagen. — *Deuts. med. Wochens.*, année XXVIII, 1902, s. 538.
Félix. — *Corresp. f. Schw. Erzte.* 1903, n° 8, p. 250.
Eichler. — *Berl. Klin. Wochens.*, 1905.
Mayo Robson. — *Prakt.* London, 1905.
Schlessinger. — *Mitth. aus den Grenzg.* Bd. XVI, 1906, p. 240
Loison. — Revue de chirurgie, 1906.
Valence. — Revue de chirurgie, 1906.
Ferrier. — Revue de chirurgie, 1906.
Klauber. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1907, pp. 486-502.
Bruhl et Lyon-Caen. — Soc. méd. des hôp., 1909.
— Gaz. des hôp., pp. 1255-1259.
Rauzier et Roger. — Montpellier Médical, 1910.

Censeur : M. Rauzier

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 juin 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 juin 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.